



TITLE:

臨床診断ト手術所見

AUTHOR(S):

CITATION:

臨床診断ト手術所見. 日本外科宝函 1939, 16(3): 465-470

ISSUE DATE:

1939-05-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/205011>

RIGHT:

Meniscusform, 後者ハ Condyllocapsuläre Form ト云ハル。本例ハ Meniscusform ニシテ外側「メニスクス」ニヨルモノナリ。且病歴ヨリミルニ外傷性ノモノナラズ, 特發性ノモノナリ。

治療ニハ「メニスクス」ヲ切除スル外, 伸展整復セシメタル後, X-脚ノ位置ニテ固定スル方法が行ハル。

臨床診断ト手術所見

腸間膜動脈性十二指腸閉鎖ノ1例

吉 岡 忠 夫 (京都外科集談會昭和14年2月例會所演)

患 者: 19歳ノ男子 (昭和14年29/I 入院)

主 訴: 嘔吐及ビ腹痛

現病歴: 昭和13年5月冷飲料ヲトリシ所, ソノ翌日午前2時頃上腹部ニ膨滿感アリ, 同時ニ劇烈ナル痙痛ヲ來シ, 上腹部ニ振水音ヲ感ゼリ。以來排便, 「ガス」排出ナク, 藥劑ヲ飲ンダ所惡心アリ, 大量ノ嘔吐ヲ來セリ。吐物ハ綠色水様ニテ粘液ヲ含ミ食物殘滓ヲ混ゼリ。ソノ翌朝午前8時頃ニ至ル迄惡心, 嘔吐ハ頻繁ニ現レ, 苦痛ハ消散セリ。カ、ル發作ハ6月, 7月, 8月ニ1回宛現ハレタリ。9月, 10月ニハ各2回現ハレルモ, 11月, 12月ニハカ、ル發作ハ現ハレズ。發作時ニハ患者ハ劇痛ノ爲轉輾反側シ, 膝肘關節位ヲトルコトニヨリ苦痛ガ輕減サレルコトハ認メズ。本年1月初旬ヨリ咳嗽, 瘦削及輕度ノ體溫上昇アリ, 脂肪ニ富ム食物ヲトリシ所, 27/I (入院前3日) 午後3時頃急ニ臍部ニ劇烈ナル痙痛ヲ來シ, 同時ニ惡心, 嘔吐アリ。吐物ハ大量ニシテ食物殘滓及粘液ヲ混ズル膽汁性ノ液ナリ。熱感ナシ。以來排便, 「ガス」排出ナク, 腹部ハ膨滿シ惡心ハ頻繁ニ現ハレ, 嘔吐ハ1日5回位アリ。吐物ハ大量ニシテ性質ハ前ニ同ジ。本院ニ入院セル日ノ午前中ニ家ニテ「ヒマシ」油ヲ飲ミシガスベテ嘔吐セリ。コノ外ニハ發病以來, 經口のニ何物モトラズ。排便ハ本發作前1時間ニ普通便アリシノミ。

既往症: 3年前左側滲出性肋膜炎ニテ3ヶ月就床セリ。生來虛弱ナリ。

遺傳歴: 父ニ腦溢血アリタル外著明ナルモノナシ。

入院時所見: 體格中等, 骨格纖弱, 榮養衰へ, 皮膚ハ蒼白, 脈搏ハ整調, 1分時100, 緊張稍々不良, 左肺ニテ後下方ニ濁音アリ。濕性羅音アル外胸部臟器ニ異常ナシ。肺肝境界ハ右乳線上第VI肋間ナリ。

局所所見: 腹部ハ上腹部ヨリ臍ノ下方3横指ニ至ルマデ膨隆シ, 臍ノ下方ヨリ右上ニ向フ蠕動不穩ヲ證明ス。皮膚發赤, 靜脈怒張ナク, 搏動性運動ナシ。觸診スルニ腹壁緊張ナク, 腫瘍ヲ觸レズ。臍部ニ輕キ壓痛アリ。腸雜音ハ臍ノ右方ニテ有響性ナリ。膨隆部ニハ振水音著明ナリ。Blumberg氏症狀ナク, MacBurney氏點ニ壓痛ナシ。直腸膨大部ハ擴張セズ。腫瘤, 壓痛, 熱感ナシ。

血液所見: 赤血球數350萬, 血色素量60(ザリー), 白血球數ハ9,600, 血液像ハ中性多核白血球70%, 大淋巴球10%, 小淋巴球17%, 單核及移行型3%ニテ著變ナシ。

尿所見: 導尿スルニ約5ccノ尿ヲ得タリ。黃褐色半透明ニシテ蛋白陽性, 沈渣ニハ白血球ヲ證明スルモ大腸菌ナシ。直チニ胃洗滌ヲ行フニ約1立ノ綠色, 膽汁性ノ液ヲ得タリ。

ニ線検査: 腹部單純撮影ヲ行フニ右季肋下ニ於テ肋骨弓ニ沿ヒテ右下ニ到リ第IV腰椎ノ中央ノ高サニテ左上ニ向フ「ガス」像ヲ證明ス。陰影ハ下部ニ至ル程ソノ直徑ヲ増加シ, 明瞭ナル Kerckring 氏皺襞ヲ示シ明カニ十二指腸ノ下行部及ビ下部ノ「ガス」ニヨル膨滿ヲ知ル。小腸ノ「ガス」陰影ナク, 下行結腸ニハ「ガス」ヲ證明スルモ正常ニシテ只十二指腸ノ異常擴大アルノミ。検査ハ背臥位ニテ行ハレ鏡像ナキモ, 十二指腸空腸彎曲部ニ通過障礙アルコトハ推知サル。胃ノ「ガス」ナク, 異常擴大ナシ。

診 斷：臍下3横指ニ達スル胃ノ擴張ヲ證明シ、蠕動不穩アリ、且排便、 L ガス r 排出ナク、吐物ハ胆汁性ニシテ大量ナルコトヨリ幽門ハ開放サレ、ソレ以下ノ閉塞ト思ハル。シカモ腫瘤ヲ觸レズ。エ線検査ニヨリ十二指腸ノ L ガス r 膨滿特ニ之ガ下部ニ著明ニシテ小腸ノ L ガス r 陰影ナク、尿量ノ少キ點ヨリ十二指腸下部、空腸、十二指腸境界附近ノ閉塞ニシテ、腸間膜動脈性十二指腸閉塞ナラント診斷ス。

手 術：發病後74時間目、胃洗滌ヲ行ヒタル後、上腹部正中切開約15厘米ヲ加ヘ、腹腔ニ入ルニ腹膜ハ尋常、腹水ハ證明セズ。胃ハ大サ尋常ニシテ擴大セズ。漿膜面ニハ充血、異常癒着等ナク、腫瘤、癒着ナシ。幽門ハ開放ス。幽門以下十二指腸ハスベテ膨大シ、上部、下行部、下部ハ夫々4 cm, 5 cm, 6 cmノ直徑ヲ示シ、閉塞部ハ腸間膜根部、上腸間膜動脈ノ直下ニテ之ニ壓迫サル。コノ直上ハ殆ド球狀ニ膨大スルモ、他ノ腸閉塞ニ於ケル閉塞直上ノ腸管壁ニ見ル如キ壁ノ緊張ナク、ムシロ無力性ニ擴大セル如キ像ヲ呈シ勿論蠕動波ナシ。以下ハ著明ニ縮小シ、小腸ハ骨盤腔ニ沈下シ、漿膜面ハ光澤ヲ缺キ乾燥ス。上腸間膜動脈ハ緊張シテ十二指腸ヲ壓迫スルモソノ部ノ漿膜ニ出血斑、壓痕ナシ。小腸ヲ引上ゲ壓迫ヲ弛緩セシメルニ小腸ニ多少ノ蠕動現ハレ内容移行スルガ如キモ確實ナラズ。腫瘤ハフレズ。腸間膜ニハ怒張、蛇行セル靜脈アリ。肝臓ニハ著變ナク異常癒着ナク膽石ヲ觸レズ。膽囊ハ多少膨大スルモ漿膜面正常。依テ Wölfler 氏胃腸吻合並ニ Braun 氏副吻合ヲ行ヒ手術ヲ終ル。

術後経過：順調ニシテ3日目ヨリ L ガス r 排出アリ、1週間ニシテ拔糸、創ハ第I期癒合ヲナス。

術後エ線検査：手術後19日目ニ行フニ、胃ハやや無力性ニ擴大スルモ、胃内容ガ十二指腸ニ入り、ソコニ通過障礙ガアルノデ逆行シテ吻合部ヲ通過スルガ如キ像ナク、先ヅ吻合部ヲ經テ空腸ニ移行シ、後幽門ヲ經テ十二指腸ニ入ルモ十二指腸ハ強く擴張シ、術前ノ L ガス r 像ノ大サト大差ナシ。幽門ハ開放サレ、逆蠕動ニヨリ十二指腸内容ハ胃ニ逆行ス。十二指腸ノ通過障礙部ニハ單獨撮影ヲ行フモ、腫瘤、粘膜炎損等ノ變化ヲ證明セズ。

考 察：上腸間膜動脈ハ後腹膜外、脾臓ノ後上緣部ニ於テ腹部大動脈ヨリ銳角ヲナシテ分岐ス。而シテソノ高サハ略第I腰椎ノ中央ナリ。コノ分岐點ノ下方2 cmニ於テ十二指腸下部ハ大動脈ト上腸間膜動脈トニヨリテ形成サレタル枝角ノ間ヲ走行ス。コノ關係ヨリコノ兩脚ガ互ニ接近スルトキハ十二指腸ハ狹窄乃至閉塞サルモノナリ。

本症ノ成立機轉ニ就キテハ2説アリテ Haberer 氏ハ本症ヲ上腸間膜動脈ガ支柱ニ對シテ十二指腸下部ヲ壓迫スルニヨリ起ルモノトシテ之ノ誘因ヲ 1) 小骨盤内ニ沈下セル小腸ガ腸間膜ニ及ボス作用、即チ下方ヨリノ牽引力、2) 擴張セル胃ノ壓力、即チ上方ヨリ下方ニ向フ壓力、3) 前方ヨリ後方ニ向フ壓力、即チ脊柱前彎ノアルトキノ壓力、トセリ。之ニ對シ Melchior 氏ハ本症ニ於テ腸管ノ循環障礙ナク、腹水ヲ證明セズ、且胃ノ蠕動不穩ナキコト、十二指腸壓迫ニヨル壓痕ノナイ事等ヲ指摘シテ Haberer ノ説ニ反對シ、十二指腸ノ同時性 L アトニーニヨルモノナリトシ本症ヲ Atonia gastroduodenalis acuta ト名付クルベキコトヲ主張セリ。

本例ニ於テハ最初胃ノ蠕動不穩ヲ證明セシコト、腸間膜動脈ノ緊張シ、コノ直下ニテ閉塞サルコト、腸間膜靜脈ノ鬱血、蛇行ヲ認メタルコトハ Haberer ノ説ニ一致スルモ、十二指腸ガ腸閉塞ニ於テ閉塞部直上ノ腸管壁ノ示ス如キ緊張ヲ缺キ、ムシロ L アトニー性ニ膨大セルコト、而シテ胃ノ大サ、緊張ガ略正常ナルコトヨリ、腸間膜動脈ニヨル壓迫及十二指腸ノ L アトニーヲ證明シ得、何レガ一次的ナルカ不明ナリ。本症ノ診斷ハ甚ダ困難ニシテ過去本邦ニ於ケル症例ヲ求ムルモ術前之ヲ診斷シ得タルモノ殆ドナシ。診斷上初期ニ於テ胃ノ蠕動不穩ヲ證明スル

コト及吐物ノ膽汁性ニシテ幽門開放ヲ認ムルコトハ參考ニナルモ、武藤、武谷氏ノ提唱スル如ク、單純レ線撮影ニヨリ、本例ノ如ク明瞭ナル十二指腸殊ニ下部ノ「ガス」膨滿ヲ證明シ、ソノ境界部ガ脊椎ヨリ判斷スルニ解剖學上腸間膜動脈ガ十二指腸下部上ヲ通ル位置ニ略々一致スルヲ認ムルコトハ殆ド決定的ト云ツテヨイ。

治療方針：本症ノ成立機轉ニ關シ、之ヲ Atonia gastroduodenalis acuta トスレバ觀血の手術殊ニ胃腸吻合術ハ禁忌ナリ。併シ十二指腸ノ腸間膜動脈ニヨル閉塞ヲ第一次的トスレバ、ムシロ早期ニ胃腸吻合術ヲ行フベキナリ。又小腸ノ位置整復、胃、小腸ノ固定術、腸瘻造設等ガ行ハルモ、アル例ニ於テハ小腸整復ヲ行ヒタルニ效ナク、再度開腹シテ胃腸吻合ヲ行ヒタル治驗例アリ。本例ニ於テハ十二指腸ハ「アトニー」性ナルモ胃ハ殆ド正常ナルヲ以テ胃腸吻合術ヲ可ト認メ、且之ニヨリ治癒シタルモノナリ。

急性動脈腸間膜性十二指腸閉塞追加

荒 木 千 里 (京都外科集談會昭和14年2月例会所演)

患 者：27歳、女子

既往症：1年半前ヨリ蟲様突起炎様ノ疼痛發作ヲ來セルコト數回アリ。

現病歴：約8時間前突然左ノ側腹部ニ激シキ病痛、次イデ腹部全體ニ互ル瀰慢性疼痛ヲ來セリ。同時ニ腹部膨滿、嘔吐アリ。腹痛ハ其後次第ニ輕快セルモ腹部ノ膨滿ト嘔吐トハ漸次増強ス。發病後便通1回アリシガ普通便ナリキ。

現 症：Habitus asthenicus. 脈搏ハ110、緊張弱、「チアノーゼ」ハナイ。腹部全體特ニ上腹部ガ強く膨滿シ、ソノ部ハ高度ノ鼓音ヲ呈シ腸雜音ヲ聞カズ。膨滿セザル下腹部ニ於テハ腸雜音アリ。Blumberg ナク腹筋緊張ナシ。膨滿部ヲ壓迫スレバ惡心、嘔吐ヲ催ス。肝濁音ハ略正常ニ存在ス。何處ニモ臍瘤ヲ觸レズ。高位腸閉塞ノ診斷ニテ開腹セルニ圖ノ如ク胃、十二指腸ガ驚クベク擴大シ強く緊滿セリ。胃ヲ穿刺スルニ大量ノ空氣遁出シテ胃ハ弛緩ス。ソレヨリ詳細ニ所見ヲ檢スルニ十二指腸ノ擴大ハソノ全經過ニ互リ Vasa mesenterica superior 索部ニテ急激ニ終リ以下小腸ハソノ起始部ノ一部ニ多少内容ヲ容ル、ノミニテ他ハ全ク空虚ニシテ極度ニ縮小セリ。即チ通過障礙部ハ十二指腸末端部ナル Vasa mesenterica superior 部ナリ。然レドモコノ部ニ絞扼溝ノ如キモノハ全ク認メラレズ。

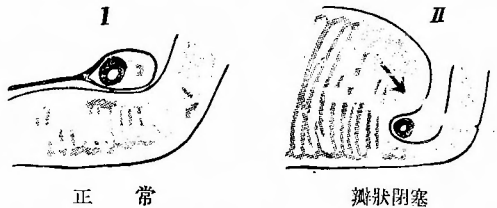
コノ患者ノ腸間膜ガ先天性ニ著シク短カカリシ爲變則的ナレド前結腸後胃空腸吻合ヲ行フ。術後第2—3日及ビ第5—6日ニ胃部膨滿、嘔吐ヲ來セルモ胃洗滌ニヨリテ輕快シ第17日全治退院。約3ヶ月ヲ經過セル今日迄症狀ノ再發ナシ。術後16日胃ノレ線検査ヲ行ヘルニ胃ハ緊張ナク尙多少擴大セルモ造影劑ハ全部吻合部ヲ經テ空腸ヘ入り全ク通過障礙ナシ。十二指腸ヘハ造影劑ハ進入セズ。

考 察：本例ハ定型のナル特發性動脈腸間膜性十二指腸閉塞症デアツテ胃腸吻合術ニヨツテ全治シタ例デアル。本症ガ腹腔内手術特ニ胃ノ手術ニ續發スル場合ニハ癒着屈曲等ノ器械的誘因ヲ想像シ得ルガ、本例ノ如ク全ク特發性ニ起ル場合ニハ、元來生理的ニ存在スル Vasa mesenterica superior ノ索ガ其附近ニ特別ナ解剖學的變化ナクシテソレガケデ器械的通過障礙ノ原因トナリ、ソノ爲メニ二次的ニ胃、十二指腸ノ擴大ヲ來スコトハ考ヘ難イ。矢張り十二指腸ノ異常擴大ガ先ヅ起ツテソノ爲メニ生理的ナル Vasa mesenterica superior 索部ニテ瓣狀閉塞ヲ起シタモノト考ヘタ方ガヨイト思ハレル(圖)。ソノ際胃十二指腸特ニ後者ノ原發的擴大ガ急激ニ

起ツテ即チ胃，十二指腸麻痺が急激＝起ツテソノ爲＝本症ヲ二次的＝續發シタモノカ，又ハ相當前カラ十二指腸ノ或程度ノ「アト＝」性擴大ガアツテソレガ單＝急激ナル瓣狀閉塞ヲ起シタモノカ，即チ主トシテ器械的「イレウス」デアルカ如何カ。此例デ發病當初＝激シイ疝痛ヲ訴ヘタ事實カラ考ヘルト恐ラク後者デハアルマイカト思フ。閉塞ガ絞扼デハナクテ瓣狀閉塞デアルコトハ手術所見トシテソノ部＝絞扼溝ノナカツタコト，及ビ十二指腸末端部ヲ觸診中＝内容ノ一部ガ空腸＝移行シタルコトカラモ推論シ得ルト思フ。

本例ヨリ見レバ本症ハ胃，十二指腸ノ「アト＝」性擴大ヲ基礎トシテ發生スル Vasa mesenterica superior 索部＝於ケル瓣狀閉塞ト考ヘラレル。腹腔手術後＝多イノモ腹腔内手術操作ノ結果トシテ胃，

十二指腸ノ一時的弛緩擴張ヲ來スコト＝理由ガアルノデアラウト思フ。



腸管壁筋腫 2 例

藤 岡 十 郎 (京都外科集談會昭和14年2月例會所演)

第1例：28歳，女子

現病歴：約6年前ヨリ月經不順トナリ，卵巣囊腫ノ診斷ノ下＝同腫瘍ノ焼灼術ヲ受ケタリ。此ノ時小腸壁＝肉腫様ノ鶏卵大腫瘍ノ存在セルヲ注意サレタリ。以來輕度ノ下痢ヲ來スコトアルモ大ナル自覺症狀ナシ。

現在症：體格中等，榮養尋常ナル婦人ニシテ，臍ノ下方ヨリ恥骨縫合上緣＝至ル正中線＝古キ第1期癒合ヲナセル瘢痕アリ。其ノ他＝何處ニモ腫瘍ヲ觸レズ。

血液像：赤血球數 203萬，血色素 56(ザーリー)

レ線検査：腸管何レニモ狹窄部ヲ認メズ。

診 斷：腸管壁惡性腫瘍ト診斷ス。

手術所見．患者ノ訴＝依リ腹部腫瘍ノ惡性ナラン事ヲ憂ヒ，開腹スル＝廻盲部ヨリ口側80釐ノ廻腸壁＝鶏卵大ノ腫瘍アリ。表面凹凸不齊ニシテ，彈性硬，茸狀＝腹腔＝向ヒ突出セリ。周圍ト異常癒着無シ。周圍淋巴腺ノ腫脹ヲ認メズ。同腫瘍ヲ腸管ノ一部ト共ニ剔出シ，腸管ハ端々吻合ヲ行ヒ手術ヲ終ル。剔出腫瘍ノ組織學的検査＝依リ滑平筋腫 (Leiomyom) ナルコトヲ知リタリ。其ノ細胞ハ纖維策トナリテ，種々ノ方向＝配列セルモ，個々ノ細胞ノ大キサー様ニシテ其ノ核モ桿狀ヲ呈シ，屢々見ル子宮筋腫ノ狀ヲ呈セリ。即チ良性ノ筋腫ニシテ，臨床的症狀モ殆ンド認メラレザリキ。

第2例：42歳，男子

主 訴：右側腹部疼痛並ビ貧血

現病歴：13年前突然心窩部＝疼痛ヲ來シ，多量ノ吐血アリ。其ノ後引續キ便ガ「コールタール」様ナルニ氣付ケリ。約1ヶ月内科的治療ヲ受ケテ輕快セリ。10年前及ビ6年前＝同様ノ腹痛アリ，其ノ後數日間同様「コールタール」様便ヲ出セリ。3年前ヨリ空腹時＝疼痛ヲ心窩部＝來シ，食物ヲ攝取スレバ輕快シ，食後1～1½時間＝シテ再ビ疼痛ヲ來ス＝至レリ。且ツ臍ノ右方＝鶏卵大ノ腫瘍アルニ氣付ケリ。便ノ黒色トナルハ其ノ後現在＝至ル迄續キ，次第＝顔色蒼白トナレリ。

現在症：體格中等，榮養稍々衰ヘ，顔色蒼白ナリ。臍ノ右方＝約大人手拳大ノ腫瘍アリテ，表面殆ンド平

滑、彈性硬ナリ。其ノ腫瘤ヨリ稍々離レテ側下方ニ拇指頭大ノ同硬度ノ小腫瘤數個アリ、何レモ稍々壓痛アリ。基底ト全ク移動セズ。

血液像：赤血球數 157萬，血色素 29(ザーリー)，ワ氏反應陰性，白血球數 4600。即チ強度ノ貧血ヲ示セリ。赤血球形ニハ變化ナシ。

レ線検査：十二指腸單獨撮影ニテ，十二指腸下行部下端ヨリ内上方ニ向ヘル拇指大ノ異常陰影ヲ認ム。即十二指腸憩室ノ像ヲ示セリ。

診 斷：憩室ヲ中心トシテ腫瘤ヲ觸レ，恰モ慢性十二指腸憩室周圍炎或ハ憩室ノ内壁不規則ニシテ粘膜ノ皺襞像ヲ示サザル點ヨリ憩室周圍ヨリ發生セル癌腫ヲ思ハシメタリ。

手術所見：臍ノ上方正中線切開ニテ腹腔ニ入ルニ，前記腫瘤ハ十二指腸下行部末端ニ近ク，大人手拳大トナリテ其ノ大部分ハ上内方主トシテ後腹壁ニ存シ，小部分ハ十二指腸ヲ後ニ廻リテ外下方ニ擴ガレリ。表面凹凸不整ニシテ，無數ノ血管充盈ヲ認メ彈性硬，所々ニ彈性軟ノ部アルモ波動ヲ證明セズ。腫瘤ノ内側ハ正中线ヲ稍々越エタリ。腫瘤ノ大部ハ後腹膜ニ存シ且ツ肝臓右端ニ轉移ヲ認メ全剔出困難ナルニ依リ，一部試験切片ヲ切除シ，ハツケル氏法ニ依リ胃腸吻合術ヲ行ヒ腹壁ヲ閉鎖ス。試験切片ノ組織學的検査ニ依リ同腫瘍ハ滑平筋腫ニシテ，肉腫様細胞ハ認メザルモ同腫瘤ヲ形成セル細胞ハ第1例ノ如ク規則正シク整列セズ，且ツ其ノ核モ大小不同ニシテ大キクシテ稍々圓形ニ近ク，「クロマチン」乏シキモノアリ。即チ第1例ヨリハ著シク惡性ノ像ヲ呈セリ。且ツ肝臓ニ轉移ヲ來セル點ヨリ見ルモ，本腫瘍ハ惡性ノ滑平筋々腫ナリ。

一般ニ腸管壁ニ發生スル筋腫ノ現ハス症狀ハ種々雜多ニシテ，全ク症狀ヲ現ハサヌモノヨリ，腸閉塞，腸重積症ヲ來スモノアリ，又屢々第2例ニ示セル如ク出血ヲ來スモノアリ(Mercer氏ニ依レバ110例中14例ハ出血ヲ來セリ)。第1例ノ如ク主トシテ腹腔内ニ發育スルモノハ著シク大キクナラザレバ全ク自覺症狀ヲ來サズ，腸管内腔ニ向ヒ發育スル時ハ粘膜ヲ壓迫壞死ニ陥ラシメ，潰瘍ヲ形成シ，大ナル出血ヲ來スコト多シ。

第2例ニ於テハ既デ13年前吐血ヲ來シ，爾來便ノ黑色トナルヲ認メ居レリ。即チ此ノ頃ヨリ同筋腫存在セルモノト思ハレ，前ニレ線像ニテ十二指腸憩室ノ狀ヲ呈セルハ，第1例ノ如ク腫瘤ガ外方ニ向ヒ増殖シテ腸管壁ノ一部ヲ同方向ニ牽引シテ憩室ヲ呈セルカ，或ハ同腫瘍ガ腸管粘膜ヲ壓迫壞死ニ陥ラシムルト同時ニ腫瘍自ラモ其ノ中心部軟化崩解シテ囊狀陷凹部ヲ生ゼシメタリト考ヘラル。

十二指腸憩室ハメツケル氏憩室ト異リ，腸管ノ抵抗弱キ部，特ニ外部抵抗ノ弱キ脾臓ニ面セル側ノ腹膜ヲ覆ラザル部分ニ，同腸管内壓ノ加ハルコトニ依リテ後天性ニ生ズルモノナルニ依リ，筋層ノ薄キ囊部ト筋層ノ斷裂ヲ見ル頸部トヨリ成ルモノニシテ本第2例ノ如ク頸部ノ消失ハ一次的ニ十二指腸憩室ガアリ，二次的ニ此ノ周圍ニ慢性炎症，或ハ癌腫發生ヲ來セシモノト考フルハ不當ナリシ事ヲ教ヘラル。

結 論：第2例ハ術前十二指腸憩室周圍炎或ハ憩室周圍ヨリ發生セル癌腫ヲ思ハシメタルモ，腫瘤ハ十二指腸壁ヨリ發生セル筋腫ガ第1例ノ如ク腸管壁ノ一部ヲ牽引シ，陷凹ヲ生ゼシムルト同時ニ腫瘍自ラモ軟化崩壞シテ恰モ二次的ニ發生セン腫瘤ヲ思ハシメタルモノニシテ診斷上興味アル例ナリ。又筋細胞ハ比較的分化ノ進ミタル細胞ナルモ，其レガ肉腫細胞ヲ伴ハザルモ肝臓轉移ヲ來スガ如キ惡性變化ヲ示スコトモ注意スベキ點ナリ。

後腹膜腫瘍ノ1例

森 欣 一 (京都外科集談會昭和14年2月例會所演)

患 者: 48歳, 女

主 訴: 腹部ノ無痛性腫瘤

現病歴: 昭和12年11月, 昭和13年5月, 下腹部ニ痼痛ガアリ, 同時ニ腫ヨリ相當量ノ出血ガアツタ。ソノ後1ヶ月, 即チ昭和13年6月頃左下腹部ニ無痛性腫瘤ガアルノニ氣付イタ。漸次大イサヲ増大シタガ今年ニナツテカラ急ニ大キクナツタトイフ。未ダ曾テ一度モ胃腸ノ通過障礙, 排尿, 排便困難ヲ來シタコトハナイ。

既往歴及ビ家族歴: 特記スベキコトナシ。18歳デ初潮ヲ見, 爾來年ニ2~3回位デアツタガ4年前ヨリ毎月規則正シク來ル様ニナツタ。23歳, 28歳ト2回出産アリ, 34歳ニ流産ヲシテ居ル。

一般所見: 體格中等, 榮養佳良, 肺, 心, 四肢ニ變化ナシ。

局所所見: 腹部ハ一般ニ強く膨滿シテ臍ノ高サデ腹ノ周圍ハ98.3 cm アリ。靜脈怒張, 皮膚色變化, 搏動, 蠕動不穩等ハ證明サレズ。觸診スルニ上ハ肋骨弓下ニ接シ下ハ恥骨ノ4横指上部ニ及ブ直徑20 cm 左右ハ各乳線ニ至ル横徑18 cm ノ腫瘤アリ。表面ハ平滑デ凹凸ナク, 彈性硬, 何處ニモ波動ハ證明サレズ。打診上, 腫瘤ノ部ニ於テハ濁音, ソノ周圍ニ於テハ鼓音ヲ呈シ體位變更ニヨル變化ヲ認メズ。腫瘤ハ何處ニモ壓痛ナク, 上下ニハ全く動カシ得ナイガ左右ニハ3横指位動カシ得。腫瘤ノ部ヲ除イテ周圍ニ健常ノ腸雜音ヲ聞ク。肺肝境界線ハ右ノ乳線上第Ⅳ肋骨デ變化ナク心臟ノ濁音界ニモ異常ヲ認メナイ。腫瘤ハ巨大ナル爲腔内診及ビ双手觸診ニヨリ變化ヲ見ルコトガ出來ナイ。

尿及ビ血液検査: 尿ハ透明, 蛋白, 糖ナク, 別ニ變化ナシ。赤血球數ハ414萬, 血色素量ハ75% (ザーリー) デ貧血ナク, 白血球數10,700, 中性多核白血球ハ60% デアル。

診 斷: 以上ノ所見カラコノ腫瘤ハ卵巢カラ發生シタモノデアラウト考ヘト線検査ヲ行ツタ。1) 經肛的造影剤注入ニヨツテ見ルト大腸ハ腫瘤ノ爲ニ凡テ周圍ニ壓排サレテ居ル。2) Lモルヨドール¹15鉈ヲ子宮内ニ注入シテ見ルト子宮腔ハ普通ノ約2倍デ子宮ハ左ヲ上方ニシテ側屈シテ居ル。輸卵管ハ左右共ニ變化ナク壓迫サレテ居ラナイ。3) Lスギウロン²30鉈ノ靜脈内注射後7分, 15分ト線寫眞ヲ撮リ見ルト腎臓ハ機能障礙ナク, 輸尿管ノ走行ハ尋常デ左右ニ壓排サレルコトナク, 左ノ輸尿管ハ下方デ輕ク壓迫サレ擴張シテ居ル。即チト線検査ノ結果, コノ腫瘤ハ腎臓ニ關係ナク, 輸卵管ノ狀態ハ走行ガ稍々異ルダケノ變化デ左右完全ニ現ハレ, 子宮モ傾斜ヲ見ルダケノ變化デアルカラ卵巢及ビ子宮ニ關係ノ無イコトガワカッタ。事實觸診上卵巢囊腫トシテハソノ硬度ガ全然ソレニ一致シナイノデ, 卵巢囊腫ハ考ヘナカツタノデアルガ, ソノ一部ガ可成リ硬カツタノデ或ハ畸形腫デ而モソノ發育ノ迅速ナ點カラ惡性腫瘤化シタモノデナイカトモ考ヘタ。シカシ卵巢腫瘤デハ斯ク巨大ニナルト骨盤腔内ノ諸器官ヲ壓迫シテ排尿, 排便ノ困難, 下肢及ビ外生殖器ノ浮腫ヲ來スモノデアルガ, カカル症候ノナイ點カラデモ卵巢腫瘤ヲ否定シテヨイ譯デアル。

手術所見: 劍狀突起直下ヨリ恥骨直上マデ皮切ヲ加ヘ腹腔内ニ入ルニ, 腫瘤ハ大網膜ニ蔽ハレ表面ハ銀白色ヲ呈シ彈性硬, 波動ナク, 試験穿刺ヲナスニ充實性デ鮮血ガ出ルノミデアル。小腸ハ宛モ腸間膜全體ガ腫瘤ト癒着シテ居ルカノ様ニ小腸ガ腫瘤ノ上ヲ蛇行シテ居ル。ヨク見ルト腫瘤ハ腸間膜ノ間ニアリ, 腸間膜ノ兩葉デ包モレ虎骨脾ノ2横指上部ヨリ10 cm 上部マデ幅3 cm 位ノ大キサヲモツテ後腹膜ニ移行シテ居ル。即チコノ腫瘤ハ後腹膜ヨリ腸間膜根部ヲ通シテ腸間膜内ニ發生シタ腫瘤デアル。切除不能ノ爲メ, 表層ノ一部ヨリ試験切片ヲトリ, 2層ニ腹壁ヲ閉ヅ。

試験切片組織標本: 平滑筋及ビ纖維細胞ノミデ腫瘤細胞ハ此ノ切片カラハ認メルコトガ出來ナイ。

考 察: 本例デ教ヘラレタコトハ後腹膜腫瘤デ腸間膜根部ニ發生シタモノハ巨大ニナツテモ少シモ輸尿管壓迫ノ狀ヲ示サナイト言フコトデ, 更ニモシ此ノ例ニ於テ小腸ノ單獨ト線撮影ヲ行ツテ居タカラバ或ハ術前確實ナ診斷ガツイテ居タノデハナカツタカト考ヘル次第デアル。